FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXVI

Capítulo 8

ÉTICA E MANEJO DE PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

AMANDA VIEIRA SARUBBI[1]
MARIANA DE CARVALHO VITORINO[1]
PRISCILA ALVES PINTO VIEIRA RIOS[1]
EDUARDA HORSTMANN[1]
BEATRIZ RAMOS MEURER[1]
ANNA CLARA BERTOLDI ADRIANO[1]
MARINA MEDEIROS FLORES DA CUNHA[1]
LUIZA TEIXEIRA SPONHOLZ DE OLIVEIRA[1]
VALENTINA RADAVELLI ROMAN[1]
JULIA TRAINOTTI SEGALA[1]
FLAVIA EDUARDA VIDAL DOS SANTOS[1]
ARIANE PEIXER PEREIRA[1]
MARINA CASTELLAIN MARTELLO[1]
GABRIEL RODRIGUES ALVES[1]
JOÃO VITOR PASSOLD[1]

[1]Discente – Medicina na Universidade Regional de Blumenau

Palavras-chave: *Pediatria; Ética; Relação Médico-Paciente*

DOI 10.59290/2223200045

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A colite pseudomembranosa é uma inflamação grave do cólon causada pelo supercrescimento de cepas toxigênicas de Clostridioides difficile, geralmente após o uso de antibióticos que alteram a microbiota intestinal. As toxinas produzidas pela bactéria provocam danos à mucosa colônica e formação de placas características da doença (KUPFER *et al*., 2020; SHARMA *et al*., 2022). Em crianças, a colonização assintomática por C. difficile é comum nos primeiros meses de vida, atingindo até 70%, porém a manifestação clínica é rara nesta faixa etária, ocorrendo principalmente em crianças maiores de um ano com fatores de risco como uso recente de antibióticos, imunossupressão e hospitalização prolongada (RIBEIRO *et al*., 2017).

Nas últimas duas décadas, a incidência de infecção por C. difficile em pediatria tem aumentado globalmente, com taxas estimadas entre 24 e 30 casos por 100.000 crianças ao ano nos Estados Unidos, sendo 20% dos casos comunitários. No Brasil, dados regionais indicam que até 12% das amostras de fezes em crianças com diarreia testam positivo para toxinas de C. difficile, embora a falta de exames diagnósticos amplos possa subestimar a real incidência da doença no país (GOUVEIA *et al*., 2013).

O diagnóstico da colite pseudomembranosa começa com a suspeita clínica, geralmente associada ao uso recente de antibióticos e ao aparecimento de diarreia aquosa, dor abdominal, febre e, em casos mais graves, sinais de colite tóxica. Em crianças, é fundamental considerar o contexto clínico, especialmente porque a presença de C. difficile nas fezes pode ocorrer também em portadores assintomáticos, o que exige cautela na interpretação dos achados (OLIVEIRA *et al*., 2020).

A confirmação diagnóstica envolve a pesquisa das toxinas A e B produzidas pela bactéria, por meio de testes imunoenzimáticos ou moleculares em amostras de fezes (GUGGENBICHLER *et al*., 2012). Métodos como PCR e ELISA são amplamente utilizados, sendo a associação de técnicas recomendada para aumentar a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico. Em casos mais severos ou refratários, exames de imagem, como tomografia computadorizada, podem auxiliar na avaliação do grau de comprometimento intestinal (VÁZQUEZ-CASTELLANOS *et al*., 2019).

Em relação ao tratamento da colite pseudomembranosa por antibióticos, recomenda-se a suspensão do antibiótico em uso ou a troca deste por outro que apresente menor associação com casos dessa doença, além da reidratação e correção de possíveis distúrbios eletrolíticos. A escolha do esquema medicamentoso baseia-se na estratificação da gravidade da doença associada à classificação em casos iniciais ou recorrentes, e só deve ser aplicado em indivíduos sintomáticos. Em infecções não graves, preconiza-se, em crianças, o uso de metronidazol via oral (VO) na dose de 500mg 3 vezes ao dia ou Vancomicina (VO), 125 mg em 4 vezes ao dia por 10 dias. Em casos graves, deve-se iniciar com Vancomicina (VO) na mesma dosagem ou, se complicado, vancomicina oral 125 mg VO 4 vezes ao dia associado a metronidazol intravenoso 500mg, 3 vezes ao dia por 10 a 14 dias (ABREU *et al*, 2019; SANTIAGO *et al*, 2022).

A abordagem cirúrgica é indicada para casos fulminantes com choque séptico, alterações do estado mental, íleo paralítico, perfuração de alça intestinal, megacólon tóxico e enterite necrotizante com falha no tratamento clínico. O procedimento de escolha é a colectomia subtotal (ABREU *et al*, 2019). Além disso, em pacientes pediátricos com histórico de recorrência o

transplante de microbiota fecal pode ser recomendado após tentativa de manejo com antibióticos padrão (MCDONALD *et al*, 2018).

Diante do panorama clínico e epidemiológico previamente exposto, torna-se imprescindível refletir sobre os aspectos éticos que permeiam o cuidado pediátrico, especialmente em situações que envolvem procedimentos invasivos, intervenções cirúrgicas e hospitalizações prolongadas. Crianças, por sua vulnerabilidade intrínseca e desenvolvimento cognitivo em construção, não possuem plena capacidade jurídica ou moral para deliberar sozinhas acerca de seu tratamento, o que confere aos pais ou responsáveis legais a prerrogativa de consentir em seu nome (CONSTANTINO *et al.*, 2010).

Contudo, a autonomia não se restringe ao consentimento parental. A literatura bioética enfatiza a importância de reconhecer a criança como sujeito de direitos e participante ativo do seu processo de cuidado, respeitando seu nível de compreensão e sua capacidade de expressar vontades e medos (ALDERSON, 2007). Assim, o assentimento, entendido como a anuência voluntária da criança, quando possível, emerge como prática indispensável para a promoção de uma assistência mais humana, ética e centrada na família.

Além disso, conflitos podem surgir quando as expectativas familiares divergem das melhores evidências médicas, ou quando há resistência em compartilhar informações com o paciente pediátrico, sob a justificativa de evitar sofrimento emocional. Nestes contextos, cabe ao profissional de saúde equilibrar beneficência, não maleficência e justiça, utilizando estratégias de comunicação clara, empática e adaptada à faixa etária do paciente pediátrico (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2019).

Assim, discutir o consentimento parental, o assentimento infantil e a comunicação ética não é apenas uma exigência normativa, mas uma necessidade intrínseca ao cuidado de qualidade, que respeita a dignidade da criança, fortalece o vínculo de confiança entre família e equipe multiprofissional e minimiza riscos éticos e legais. Considerar tais fundamentos, sobretudo no contexto de procedimentos invasivos e decisões complexas, é parte essencial de uma prática médica comprometida não apenas com a cura, mas também com a proteção integral dos direitos do paciente pediátrico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura com relato de caso. As informações relacionadas ao caso clínico foram obtidas por meio de revisão do prontuário e anotações feitas pela equipe médica. A revisão de literatura focou na ética médica dentro da pediatria, utilizando os seguintes descritores: “comunicação na pediatria”; “sentimentos pré-cirúrgicos”; “direito da criança hospitalizada”; “relação médico-paciente-pai”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de Caso

Paciente HTB, do sexo masculino, nascido em 07 de janeiro de 2020, previamente hígido. Aos quatro anos de idade, iniciou quadro de dor abdominal intermitente e, durante investigação ambulatorial, foi diagnosticado com hidronefrose do rim direito. Encaminhado para avaliação com urologista pediátrico, os pais compareceram à consulta na ausência do paciente, mas em posse de exames prévios de ultrassonografia e cintilografia renal, os quais evidenciaram estenose da junção ureteropiélica (JUP) à direita. Diante do quadro, a conduta terapêutica indicada foi pieloplastia desobstrutiva à direita.

Na consulta pré-anestésica, observou-se uma postura atípica dos responsáveis que solicitaram ao anestesista que informasse para a criança que a consulta e o procedimento seriam

destinados à mãe da criança, e não ao próprio paciente. No período pós-operatório imediato, ainda em recuperação anestésica, o paciente encontrava-se com acesso venoso periférico conectado ao soro, cateter duplo J e presença de urina com hematúria visível. Apesar do contexto clínico, foi observado que a mãe repetidamente informava ao paciente que estavam hospedados em um "hotel cinco estrelas" e que iriam passar a noite neste hotel.

O paciente foi submetido à pieloplastia pelo método de Anderson-Hynes no dia 16 de abril de 2024, sem intercorrências intraoperatórias. Recebeu alta hospitalar no segundo dia pós-operatório com prescrição de acetilcefuroxima como antibioticoterapia profilática oral. No terceiro dia após alta hospitalar, paciente evolui com quadro de diarreia e dor abdominal sendo atendido em pronto-socorro e liberado com prescrição de sintomáticos. No sétimo dia pós-operatório, em consulta de retorno, observou-se importante distensão abdominal e dor intensa à palpação, o que motivou encaminhamento imediato para internação hospitalar.

No curso da avaliação, foi estabelecido o diagnóstico de colite pseudomembranosa em decorrência do uso de antibiótico. Instituiu-se tratamento com metronidazol por via endovenosa associado à vancomicina oral por 14 dias. A resposta clínica foi lenta, com melhora progressiva da dor abdominal e diarreia até estabilização do quadro e posterior alta hospitalar para seguimento ambulatorial com equipe de urologia pediátrica.

Discussão

Comunicação com a Criança no Contexto Cirúrgico: Desafios e Estratégias

A eficácia da abordagem comunicativa com crianças não exige apenas empatia e sensibilidade, mas também a adaptação da linguagem e das abordagens utilizadas, considerando o estágio de desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. O uso inadequado da linguagem, a omissão de informações ou a condução de conversas em um tom autoritário podem ampliar o sofrimento infantil, prejudicar a adesão ao tratamento e comprometer a confiança no sistema de saúde. Em contrapartida, quando a comunicação é apropriada e adaptada, ela reduz significativamente os níveis de ansiedade pré-cirúrgica, favorece o estabelecimento de vínculos com a equipe de saúde e contribui para a melhor compreensão e aceitação do processo cirúrgico por parte da criança, evitando o teor traumático.

Evidências científicas apontam que o bem-estar infantil no período pré-operatório pode ser profundamente influenciado pela presença – ou ausência – de intervenções educativas e preparatórias, tais como: familiarização com a equipe da saúde, apresentação prévia de equipamentos/instrumentos médicos, ambiente físico e conhecimento das regras de funcionamento da instituição hospitalar (SMITH & CALLERY, 2005; COSTA, 2007; RICE *et al*., 2008; CUZZOCREA *et al*., 2013; TABRIZI *et al*., 2015; FERNANDES *et al*., 2014). Essas ações favorecem a criação de um ambiente acolhedor e previsível, que contribui para a redução da incerteza e do medo – o qual deve ser dinâmico, adaptável e sensível às especificidades de cada faixa etária.

A comunicação oral é, tradicionalmente, o meio mais utilizado na preparação cirúrgica pediátrica, principalmente devido ao seu baixo custo e fácil aplicabilidade. No entanto, estudos apontam que outras formas de comunicação, como recursos audiovisuais e materiais lúdicos, podem ser mais eficazes em determinados contextos. Nesse sentido, um treinamento pré-operatório audiovisual confirma justamente isso. Constatou-se que a explicação do procedimento cirúrgico aos pacientes pediátricos por meios audiovisuais, incluindo sequência de fotos/ima-

gens do procedimento cirúrgico, consegue reduzir a ansiedade dos pacientes, além de diminuir a agitação motora e promover a colaboração com a equipe da saúde, especialmente no período pós-operatório (AKCAL *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa comparativa, crianças que receberam orientações educativas sobre os diversos momentos da experiência hospitalar - como admissão, contato com profissionais de saúde, manuseio de instrumentos médicos, sala de cirurgia, recuperação e alta - apresentaram níveis significativamente menores de preocupação em comparação a um grupo que teve acesso apenas a materiais de entretenimento desvinculados do contexto hospitalar. O estudo destaca o papel das informações educativas como preditores positivos na redução do medo e da ansiedade relacionados ao ambiente cirúrgico.

Ao longo do processo de comunicação, idade cronológica e o estágio de desenvolvimento psicossocial também devem ser cuidadosamente considerados. Panella (2016) enfatiza que crianças com até dois anos de idade não se beneficiam da comunicação verbal direta sobre o procedimento; para esse grupo, estratégias sensoriais, como o contato visual e tátil com equipamentos médicos, em ambiente lúdico e acolhedor, são mais eficazes para gerar familiaridade e segurança. Entre dois e cinco anos, a explicação simples e gradual sobre as etapas da hospitalização, associada a recursos visuais ou brinquedos terapêuticos, tende a facilitar o entendimento e reduzir o medo. Já entre os seis e onze anos, a criança apresenta maior capacidade de abstração e compreensão lógica, sendo recomendável promover o diálogo baseado em perguntas sobre suas expectativas e dúvidas em relação ao procedimento.

Em crianças de faixa etária entre seis e doze anos, autores defendem a importância da comunicação honesta e de explicações claras, passo a passo, de suas principais dúvidas, como qual tempo de procedimento, se estarão acordados durante o procedimento, quando poderão caminhar e como estarão fisicamente. Nessa fase, observa-se uma maior preocupação em relação à imagem corporal, o que torna essencial a inclusão desses temas no processo informativo e educativo pré-operatório.

Além da comunicação dirigida diretamente à criança, é indispensável considerar a preparação emocional e informacional dos pais ou responsáveis, que representam a principal fonte de segurança e conforto para o paciente pediátrico. Sartori *et al*. (2015) identificaram que a disponibilização de informações pré e pós cirúrgicas aos cuidadores influenciou positivamente na forma como eles prestaram apoio durantes o pós-operatório, resultando em menores índices de ansiedade e medo, além de favorecer a adesão às orientações médicas e otimizar o processo de recuperação. Se os pais estão seguros e bem orientados, conscientes do diagnóstico, prognóstico e demais informações, eles se tornam mais aptos a transmitir tranquilidade à criança e de colaborar com a equipe de saúde ao longo do trajeto de cuidado.

Dessa forma, compreende-se que a comunicação no contexto cirúrgico pediátrico é uma ferramenta que deve ser propriamente utilizada, pois exige adaptação, planejamento e intencionalidade. Quando bem conduzida, ela contribui não apenas para o alívio do sofrimento da criança, mas também para a construção de experiências hospitalares mais positivas e seguras. Investir em estratégias comunicacionais eficazes é, portanto, um imperativo ético e técnico para todos os profissionais envolvidos no cuidado cirúrgico infantil.

Consentimento e Assentimento na Cirurgia Pediátrica

No uso comum habitual, os termos assentimento e consentimento podem parecer sinôni-

mos, mas no âmbito médico tais palavras apresentam diferenças claras. Na medicina, o assentimento é a concordância e entendimento de um paciente menor de idade ou em um estado que esteja incapaz de tomar a decisão sozinho sobre o procedimento médico que lhe é proposto, não tendo implicações legais significativas e sendo um acordo informal, contudo, demonstra respeito à autonomia do indivíduo, mesmo que não seja o único e principal responsável pela sequência ou não do processo. Já o consentimento, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, é caracterizado como "ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados", tendo real peso legal e de escolha nos procedimentos.

Dessa maneira, o consentimento é a pedra angular da medicina na realização de qualquer prática em um ser humano, tanto na esfera jurídica quanto ética. Todavia, alguns pacientes possuem um responsável legal, alguém que decide por eles a realização ou não de um procedimento (FONTANA-ROSA & OLIVEIRA, 2008), logo, com sua aprovação, todas as questões legais seriam resolvidas para o procedimento, entretanto, não se pode afirmar o mesmo da parte ética.

Apesar da pediatria necessitar somente do consentimento dos pais ou responsável para a realização da cirurgia, a noção e o assentimento infantil sobre seu estado não pode ser encarado apenas como facultativo. Ter conhecimento apropriado sobre sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos que serão utilizados, respeitando sua fase cognitiva, e demais outros são direitos do paciente defendidos e ressaltados pela SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), no texto Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Ademais, o assentimento infantil não traz apenas benefícios éticos ou no procedimento corrente.

Há registros documentados de que traumas psicológicos em crianças podem ter origens da cirurgia e na anestesia, como mostrado por Eckenhoff. Tais traumas podem dificultar interações futuras do paciente com profissionais da saúde, pois, sem a instrução adequada sobre o procedimento na primeira vez, a criança adquire um estigma em relação a experiência, gerando um sentimento de ansiedade e medo, além de uma atitude de resistência, em qualquer situação futura que a relembre da vivência. No caso, o menino, devido à colite pseudomembranosa pós-cirurgia e por não ter ciência de seu contexto, possivelmente relacionará as dores que sofreu com as figuras de profissionais da saúde e o espaço hospitalar, manifestando-se como um trauma.

O compartilhamento de informações com o paciente também não pode ser feito de forma precária, tendo em vista sua pouca idade, métodos lúdicos e uma linguagem apropriada para a faixa etária são fundamentais. Um menor de idade mal-informado durante o período da preparação pré-cirúrgica pode desenvolver crenças irreais sobre o que irá acontecer no procedimento cirúrgico ou durante a internação (PINTO *et al.*, 2022), podendo assim propiciar o surgimento de ansiedade e resistência quando a cirurgia estiver iminente.

Crianças adequadamente informadas sobre o procedimento tendem a ter temores, angústias e incertezas que venham a adquirir consideravelmente reduzidos, sendo, portanto, uma ótima ferramenta para a prevenção de complicações futuras originárias dessas informações. Não obstante, em casos de emergência, não sendo possível uma preparação psicológica pré-cirúrgica por meio do compartilhamento de informações, é importante ter uma pós-cirúrgica semelhante à que seria anterior ao procedimen-

to, posto que evita o surgimento de memórias traumáticas sobre o episódio (BROERING & CREPALDI, 2008).

Pacientes pediátricos bem-informados costumam oferecer seu assentimento, o que permite que todo o progresso do tratamento se torne mais fácil, psicológica e emocionalmente para os pais, médico e equipe de profissionais da saúde. Dessa forma, sua aquisição não é algo meramente opcional, mas sim útil para o procedimento, permitindo que ele prossiga de forma mais eficiente e ética. A comunicação em ambientes cirúrgicos pediátricos representa um dos maiores desafios da prática hospitalar moderna. Embora marcos legais e protocolos clínicos prevejam diretrizes claras sobre a importância do diálogo com a família e a criança, a realidade ainda apresenta lacunas significativas entre o que se orienta e o que ocorre na prática.

Protocolos Clínicos e Rotinas Hospitalares: o que Orienta e Não Orienta a Prática Atual

No contexto da cirurgia pediátrica, aspectos emocionais, legais e éticos envolvem a comunicação, pois não engloba somente o ato de informar, mas o de estabelecer um vínculo cujo qual compreende escuta, acolhimento e respeito à complexidade familiar e ao desenvolvimento da criança. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006), reforçam o direito da criança em ter informações e de ter participação ativa em todo o tratamento. No entanto, nos hospitais, o recomendado mostra-se como utópico, posto que a comunicação nos centros cirúrgicos pediátricos assume um caráter técnico, em que os profissionais utilizam jargões médicos sem abrir espaço para o diálogo, os responsáveis somente escutam e as crianças são colocadas como figurantes durante o processo. Tal falha comunicacional pode levar a crianças com ansiedade pré-operatória, pois estão mal ou sequer informadas, e a famílias mais propensas à insegurança e conflitos com os profissionais da saúde (MELETTI *et al*., 2019).

Ademais, a escassez de diretrizes específicas para a comunicação em cirurgia pediátrica é um fator limitante, posto que muitos protocolos clínicos existentes não abordam a complexidade de como deve ser conduzido o atendimento de pacientes infantis (SOUZA & CARVALHO, 2021). Nesse sentido, urge a revisão de rotinas hospitalares para a inclusão de boas práticas comunicacionais como parte integrante do cuidado cirúrgico infantil, com explicações claras de como empregar a linguagem acessível e recursos lúdicos para a criança, garantir o direito à informação e ao diálogo e promover capacitações regulares em comunicação clínica (BRASIL, 2014; COSTA & RAMOS, 2022). Em suma, apesar de os princípios da humanização e do cuidado centrado na pessoa estarem normalizados nos protocolos nacionais (BRASIL, 2006), sua efetiva incorporação à prática HOSPITALAR depende de mudanças culturais e estruturais. A comunicação em cirurgia pediátrica não é um ato secundário, mas sim um componente imprescindível da segurança, da ética e da qualidade do cuidado, em que reconhecer isso é o primeiro passo para transformar rotinas clínicas em experiências mais humanas, seguras e respeitosas (BERGEROT *et al*., 2020).

Perspectivas Futuras Sobre a Comunicação com o Paciente Pediátrico

Foi descrito anteriormente como é relevante que a criança tenha conhecimento prévio sobre o que ocorrerá durante o procedimento cirúrgico, utilizando linguagem adequada e adaptada à sua faixa etária. Essa prática contribui não apenas para o êxito do procedimento, mas também para a redução da ansiedade diante de uma situação desconhecida (TATES & MEEUWESEN, 2001). Ressalte-se ainda o papel fundamental dos pais na promoção da segurança da criança, favorecendo sua inclusão na compreensão do

tratamento (KOHLSDORF & COSTA-JUNIOR, 2013).

Entretanto, persistem diversos obstáculos que dificultam uma comunicação efetiva com o paciente pediátrico, como a utilização de linguagem incompatível com o nível de desenvolvimento infantil, o fornecimento excessivo de informações sem assegurar a compreensão da criança, a limitação de tempo para o diálogo, a supervalorização do saber técnico-científico, o emprego excessivo de jargões e, ainda, a tendência de alguns pais em intervir nas respostas que deveriam ser dadas pela própria criança (CRISTO & ARAUJO, 2013; TATES *et al*., 2002).

Visando superar essas dificuldades, têm surgido propostas inovadoras que buscam integrar a criança de forma mais ativa na tríade médico-acompanhante-paciente, diminuindo sua ansiedade e ampliando sua compreensão sobre o que lhe ocorre. Nesse contexto, estudos apontam resultados promissores com o uso da realidade virtual na redução da ansiedade pré-operatória de pacientes pediátricos. O estudo de Eijlers *et al*. (2013) com 17 crianças concluiu que a realidade virtual constitui uma estratégia eficaz de distração para atenuar a dor e a ansiedade em uma variedade de procedimentos médicos na infância (EIJLERS *et al*., 2013; BADKE *et al*., 2022). Assim, apresenta-se como uma alternativa promissora no manejo da ansiedade cirúrgica infantil.

Além disso, a narrativa digital surge como outra ferramenta inovadora, ao possibilitar a explicação dos procedimentos cirúrgicos em linguagem lúdica e acessível, promovendo a autonomia infantil e seu envolvimento ativo no tratamento (TATES & MEEUWESEN, 2001). Em estudo experimental com crianças submetidas à cirurgia ambulatorial, aquelas que utilizaram a narrativa digital na preparação apresentaram escores de ansiedade significativamente menores quando comparadas às que não receberam essa intervenção, tanto no dia da cirurgia quanto no pós-operatório. Dessa forma, a narrativa digital demonstrou eficácia na redução da ansiedade e na melhora da compreensão infantil acerca do procedimento (IZCI *et al*., 2024).

Outro campo emergente é o da inteligência artificial, cujos estudos recentes avaliam seu potencial na área da saúde. Há evidências de que essa tecnologia pode contribuir para aprimorar o cuidado e o manejo de pacientes pediátricos. Entretanto, ainda são necessários investimentos e avanços para que a inteligência artificial se consolide como ferramenta efetiva também na mediação da comunicação com crianças (BARRETO *et al*., 2023).

Em síntese, as inovações tecnológicas oferecem alternativas promissoras para a comunicação adaptada com o público pediátrico. Contudo, é fundamental reconhecer que tais recursos não estão universalmente disponíveis. Portanto, permanece indispensável a capacitação dos profissionais de saúde para conduzirem, de forma adequada, o diálogo com crianças. A literatura evidencia que a formação médica tradicional não contempla, de maneira satisfatória, o desenvolvimento de competências comunicativas específicas para o atendimento pediátrico. Em estudos conduzidos por Perosa e Ranzani (2008) e Rider, Volkan e Hafler (2008), os profissionais reconheceram a importância da inclusão do treinamento em habilidades de comunicação durante a graduação, mas relataram pouca oferta desse conteúdo em sua formação (KOHLSDORFLA & SEILDL, 2011). Assim, reforça-se a necessidade de qualificar médicos aptos a interagir adequadamente com o paciente pediátrico.

CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se afirmar que a colite pseudomembranosa é uma condição que pode

surgir em pacientes pediátricos, especialmente após o uso de antibióticos em contextos cirúrgicos, como observado no caso relatado. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para evitar complicações mais graves, principalmente no contexto do atendimento pediátrico que, por sua vulnerabilidade, exige um cuidado especializado e coerente.

Além dos aspectos clínicos, é essencial considerar a importância da comunicação com a criança durante o preparo cirúrgico. A comunicação, em suas múltiplas dimensões, seja ela verbal, não verbal, lúdica ou digital mostrou-se um eixo estruturante do cuidado pediátrico humanizado. Em contrapartida, a lacuna de informações claras no processo da assistência pediátrica pode aumentar a ansiedade infantil e dificultar o vínculo com a equipe de saúde, podendo gerar uma série de impactos negativos sobre a percepção do atendimento médico e cuidado à saúde da criança.

Nesse sentido, a ausência de protocolos institucionalizados voltados à comunicação com o paciente pediátrico configura um ponto crítico que demanda respostas e atenção das instâncias formadoras e gestoras do cuidado em saúde. No caso relatado, pode-se concluir que o aspecto da comunicação com o paciente foi limitado, pelo fato da criança não ter participado das consultas pré-operatórias e recebido poucas informações diretas sobre o procedimento ao qual seria submetida. Tal situação evidencia como a lacuna de estratégias em comunicação adequada na pediatria pode comprometer a compreensão da criança sobre sua própria condição e aumentar o estresse emocional no ambiente hospitalar.

Conclui-se, portanto, que o manejo de pacientes pediátricos deve ir além do tratamento técnico, incorporando práticas que garantam o direito à informação, respeitando a compreensão da criança e promovendo o assentimento sempre que possível. A construção de protocolos voltados à comunicação pediátrica é uma medida necessária para melhorar a experiência hospitalar infantil e fortalecer a ética no cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A.T. *et al*. Consensus on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridium Difficile Infection." "Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por Clostridium difficile. Revista de Gastroenterología Mexicana, v. 84, p. 204-219; 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.12.001

ALDERSON, P. Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. Social Science & Medicine, v. 65, n.11, p. 2272–2283, 2007. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005

BADKE, C.M. *et al*. Realidade virtual na unidade de terapia intensiva pediátrica: respostas emocionais e fisiológicas do paciente. Frontiers in Digital Health, v. 4, 2022. DOI: https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.867961.

BARRETO, D.H.S. *et al*. Aplicabilidade Da Inteligência Artificial (IA) Na Promoção Da Saúde: Desafios E Perspectivas. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 4, n. 3, p. 101-106, 2023. DOI: https://doi.org/10.51161/conais2023/22931.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F, editor. Principles of Biomedical Ethics. 8ª ed. Nova York: Oxford University Press; 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 jun. 2025. Acesso em: 25 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Documento Base. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.-pdf&ved=2ahUKEwjAx6OkwYiPAxX0q5UCHTtwK9kQFnoECCIQAQ&usg=AOvVaw2lBS_aGXQoQCz71mp-OFDWQ. Acesso em: 25 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Humanização: HumanizaSUS em Rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.-pdf&ved=2ahUKEwjjv-HkwYiPAxXsq5UCHXQFNsUQFnoECBwQAQ&usg=AOvVaw157jO6OmBoQrctO3XQE-z2i. Acesso em: 25 jun. 2025

BROERING, C.V.; CREPALDI, M.A. Preparação Psicológica Para A Cirurgia Em Pediatria:Importância, Técnicas E Limitações. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 18, n. 39, p. 61–72, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000100007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM N°1/2016. Dispõe Sobre O Processo De Obtenção De Consentimento Livre E Esclarecido Na Assistência Médica. Brasília, 2016. Disponível em: https://portal.-cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf&ved=2ahUKEwjqhIqWxYiPAxVEspUCHQBzA88QFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw3csFdO109yeLtf5Mu3xY6a. Acesso em: 25 jun. 2025

CONSTANTINO, C.F. Consentimento Informado No Atendimento Pediátrico. Revista Paulista Pediátrica, v. 28, n.3, p. 133-134, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000300021.

COSTA, L.F.; RAMOS, M.A. Comunicação Clínica No Cuidado Cirúrgico Pediátrico: Desafios E Perspectivas. Revista de Pediatria Contemporânea, v. 12, n.3, p. 144–150, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007.

CRISTO, L.M.O.; ARAUJO, T.C.C.F. Comunicação Em Saúde Da Criança: Estudo Sobre A Percepção De Pediatras Em Diferentes Níveis Assistenciais. Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 1, Campo Grande, 2013.

EIJLERS, R. *et al*. Revisão Sistemática E Meta-Análise De Realidade Virtual Em Pediatria: Efeitos Na Dor E Ansiedade. Anesthesia & Analgesia, v. 127, n. 4, p. 1113-1126, 2013. DOI: https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004165.

FONTANA-ROSA, J.C.; OLIVEIRA. R.A. O Responsável Legal É De Fato O Responsável? Um Questionamento Ético-Legal Sobre O Termo. Revista Da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 3, p. 279-282, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000300024.

GUGGENBICHLER, J.P. *et al*. Diagnosis and Management Of Clostridium Difficile Infection In Children. International Journal of Pediatrics, v. 3, n.1, p. 43-48, 2012. DOI: https://doi.org/10.1093/jpids/pit065.

IZCI, S.M. *et al*. O Impacto Da Narrativa Digital Para Crianças Durante A Cirurgia Pediátrica Sobre A Ansiedade E Comportamentos Emocionais Negativos: Ensaio Controlado Randomizado. Journal Of Pediatric Nursing, v.77, p. 74-80, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.010.

KOHLSDORF, M.; COSTA-JUNIOR, Á.L. Comunicação Em Pediatria: Revisão Sistemática De Literatura. Estudos De Psicologia (Campinas), v. 30, n. 4, p. 533-543, 2013. DOI: 10.1590/S0103-166X2013000400007.

KOHLSDORF, M.; SEIDL, EMF. Comunicação Médico-Cuidador-Paciente Em Onco-Hematologia Pediátrica: Perspectivas E Desafios. Psicologia Argumento, v. 29, n. 64, p. 395-402, 2011.

MCDONALD, L.C. *et al*. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clinical Infectious Diseases, v. 66, n. 7, p. 987–994, 2017. DOI: https://doi.org/10.1093/cid/cix1085.

MELLO, S.T.T; MORAES, L.U; COSTA-JUNIOR, A.L. Crianças E Procedimentos Cirúrgicos: Efeitos Da Informação. Revista Psicologia E Saúde*,* v. 11, n. 3, p. 97-109, 2019*.* DOI: https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.701.

MELETTI, D.P *et al*. Psychological Preparation Reduces Preoperative Anxiety In Children. Randomized And Double-Blind Trial. Jornal de Pediatria, v. 95, n. 5, p. 523–530, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.-2018.05.009.

PINTO, A.C.; MÜLLER, G.C.; BROERING, C.V. Sentimentos Pré-Cirúrgicos: O Que As Crianças Relatam? Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar, v.25, n.2, p. 96–107, 2022. DOI: https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.479.

SCUASSANTE, B.T. *et al*. Colite Pseudomembranosa: Uma Revisão De Literatura. Revista EMESCAM de Esudos Em Saúde, v. 1, n. 1, p. 1-28, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução N° 41, de 13 de outubro de 1995. Diário Oficial da União, Seção 1, de 17/10/1995. Disponível em: //www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_criancas_hosp.pdf&ved=2ahUKEwi4qI6vw4iPAxVAq5UCHbQvK5s-QFnoECFwQAQ&usg=AOvVaw3dQMX4rBPGp72O796H94m1. Acesso em: 25 jun. 2025

SOUZA, R.P.; CARVALHO, E.S. Comunicação Em Pediatria: Uma Lacuna Nos Protocolos Clínicos? Cadernos de Saúde Pública, v.37, n.8, p. 539-552, 2013. DOI://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007.

TATES, K. *et al.* Doctor-Parent-Child Relationships: A 'Pas De Trois'. Patient Education and Counseling, v. 48, n. 1, p. 5-14, 2002. DOI: https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00093-9.

TATES, K.; MEEUWESEN, L. Doctor-Parent-Child Communication: A Review of the Literature. Social Science and Medicine, v. 52, n. 6, p. 839-851, 2001. DOI: https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00193-3.